

ДЕКЛАРАЦИЯ

За информирано съгласие за провеждане на лазерна епиляция

Долуподписаната/ият:

Г-жа/Г-н, нататък наричан "терапевт".....

и

Г-жа/Г-н, нататък наричан "пациент".....

Се съгласиха за следното по време на разговора, състоял се на:.....

Терапевтът е дал подробна информация на пациента по въпроса дали тя/той са подходящи кандидати за лазерна терапия, както и за очакваните резултати. Подробностите на терапията са обяснени с достъпни и разбираеми термини. Обсъдени са предимствата и възможните недостатъци, свързани с тази терапия.

Пациентът е запознат с процедурата, както и с последващите грижи. Терапевтът е обяснил техниката, използвана при лазерна епиляция с лазер **PRIMELASE HR**. Пациентът приема да следва дадените инструкции.

Терапевтът е информирал пациента за възможните рискове и дискомфорт, за възможните **странични ефекти**, а именно:

- Временна хипо и хиперпигментация
- Зачервявания
- Синини, обикновено бързо преминаващи
- Еритема и лека адема
- Временно обезцветяване на кожата
- Изгаряне 1ва или 2ра степен (в изключително редки случаи)

Пациентът декларира, че е запознат с всички **противопоказания** на терапията:

- Херпес
- Фоточувствителни медицински процедури
- Бременност или кърмене
- Диабет или история за келоиди
- Ракови образования
- Скорошно излагане на слънце или планиране на скорошно излагане
- Извършване на терапията върху кожа с много тъмен тен (след продължително излагане на слънце), поради повишен риск от изгаряне
- Скорошно екسفоллиране на кожата (1 седмица преди терапията)

Пациентът декларира, че трябва да информира терапевта за:

- Прием на медикаменти
- Алергии
- Настъпила бременност
- Болести

Пациентът декларирам че е запознат и ще следва стриктно **инструкциите за преди, по време и след процедурата:**

- Не излагайте на слънце третираната зона поне 3 седмици преди процедурата.
- Избягвайте излагане на слънце на UV облъчване 4 седмици след процедурата.

- В деня на процедурата носете удобни дрехи, които да прикриват зоните, които ще третирате.
- Избягвайте използването на продукти за изкуствен тен, активатори на меланин и обезцветители на космите поне 15 дни преди процедурата.
- Не се подлагайте на каквато и да е екسفолация или пилинг поне 1 седмица преди терапията.
- Избягвайте кола маска поне 30 дни преди терапията.
- В деня на терапията не нанасяйте кремове или дезодоранти върху зоната.
- Ако се налага излагане на слънце преди/след терапията, задължително използвайте UV защита 50+.
- Не посещавайте сауна, басейн 48 часа ,преди и след терапията.
- Избягвайте солариум 4 седмици преди/след процедурата.
- Не използвайте вода по-висока от 36 градуса 48 часа, преди и след процедурата.
- Не тренирайте интензивно 48 часа ,преди и след процедурата.
- Терапията е абсолютно забранена за лекуващи се от акне с препарати Neotigason, Tigason, Тоасcutane или подобни.
- Терапията е абсолютно забранена за пациенти, подлагащи се на терапия с СО 2 лазер или дермабразия.
- Не пропускайте на информирате терапевта си за медицинската си история, особено информация свързана с алергии и заболявания.
- Информирайте терапевта си за други процедури, на които сте се подлагали или предстоят скоро.
- При поява на някой от страничните ефекти, описани по-горе се препоръчва посещение при терапевта Ви.

Терапевтът ще води лично досие на пациента, в което ще се съдържа цялата информация, относно провеждане на процедурата/ите. Могат да бъдат направени снимки преди терапията за преценка на резултата.

Пациентът декларира, че е представил възможно най-пълна и достоверна информация за здравословното си състояние. Пациентът има право да задава въпроси и да получи удовлетворителни отговори.

С това пациентът дава разрешение на терапевта да извърши процедурата.

Третирани области са:.....

Последващи процедури:.....

Пациентът е разбрал правилно информацията за лазерна терапия на PRIMELASE HR , както и съветите за последващи грижи.

Пациентът и **Терапевтът** заедно прочетоха и подписаха тази декларация за съгласие:

Място:

Дата:.....

Подпис терапевт

Подпис пациент

primelase HR

 COCOON
MEDICAL